



ORIGINAL

Utilidad del presupuesto y del cuadro de mando integral en la gestión de centros de atención primaria. Impacto sobre la motivación del personal



Juan Manuel Ramón-Jerónimo*, Raquel Flórez-López y Natalia Domínguez-Lario

Departamento de Economía Financiera y Contabilidad, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

Recibido el 5 de noviembre de 2016; aceptado el 20 de febrero de 2017

Disponible en Internet el 13 de mayo de 2017

PALABRAS CLAVE

Presupuesto;
Cuadro de mando
integral;
Unidades de gestión
clínica de atención
primaria;
Motivación
del personal;
Síndrome burn-out;
Investigación
cualitativa

Resumen

Objetivo: Analizar la utilidad percibida por los gestores de centros de atención primaria respecto a las herramientas utilizadas para su gestión (presupuesto y cuadro de mando integral [CMI]) y su impacto sobre la motivación del personal.

Diseño: Estudio cualitativo de casos basado en teoría fundamentada, realizado entre enero y junio de 2014.

Emplazamiento: Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGCAP) del Área de Gestión Sanitaria metropolitana de Sevilla.

Participantes: Directores de UGCAP y gestores del Área.

Método: Los datos se recogieron en 8 entrevistas semiestructuradas mediante muestreo intencional no probabilístico con criterios de representatividad y suficiencia del discurso. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante códigos in-vivo.

Resultados: Ambas herramientas están implementadas en los centros de atención primaria, con usos diferentes. El presupuesto se percibe como una herramienta coercitiva, impuesta para el control del gasto, y poco útil para la gestión diaria. Aunque el CMI es más flexible y permite identificar los problemas financieros y asistenciales del centro, los límites presupuestarios reducen enormemente el margen para implementar soluciones. Además, la política de incentivos es insuficiente, generando problemas de motivación.

Conclusiones: Este estudio muestra que las tensiones presupuestarias que afectan a la atención primaria han reducido al mínimo la autonomía de los centros de salud, imponiendo una toma de decisiones centralizada en la que prima el ahorro en costes sobre la calidad asistencial, generando tensiones con el personal. Se plantea la necesidad de incrementar la autonomía de los centros y mejorar el compromiso del personal mediante programas de formación y desarrollo profesional.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmramjer@upo.es (J.M. Ramón-Jerónimo).

KEYWORDS

Budget;
Balanced scorecard;
Clinical management
units of primary
health care;
Staff motivation;
Burn-out;
Qualitative research

Usefulness of the budget and the balanced scorecard in managing Primary Care Centres. Impact on staff motivation**Abstract**

Objective: To analyse the utility perceived by managers of centers of primary care about management tools (budget and balanced scorecard), together their impact on human resources motivation.

Design: Qualitative study (case study) based on grounded theory performed between January and June 2014.

Location: Units of Clinical Management of Primary Health (UGCAP) in Metropolitan Health Area of Seville, Spain.

Participants: UGCAP managers and Health Area (CEO) managers.

Method: Data were collected through 8 semi-structured interviews using non-probabilistic intentional sampling with representation and sufficiency criteria of discourse. Interviews were recorded, literally transcribed and analysis through in-vivo codes.

Results: Both tools are fully implemented but differently used in primary care centers. Budget is perceived as a coercive management tool, which has been imposed for cost saving; however, it is scarcely adequate for day-by-day management. While balanced scorecard is a more flexible tool that allows identifying financial and welfare problems, budgeting limits heavily reduce the possibility of implementing adequate solutions. The policy of incentives is not adequate either, leading on de-motivation.

Conclusions: This study shows that budgeting restrictions have led to a significant reduction in autonomy of Spanish Primary Care centers. Management decision making is much centralised, also focused on cost saving over quality of healthcare. As a result, two needs emerge for the future: increasing centers' autonomy and improving staff commitment through training and professional development programs.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En las últimas décadas, el sistema sanitario público español se encuentra inmerso en un proceso de búsqueda de eficiencia común a toda Europa^{1,2}, que combina el control del gasto con la mejora de la calidad asistencial^{3,4}. Para ello es necesario disponer de herramientas de gestión, apoyadas en tecnologías de la información, que permitan a los gestores controlar el cumplimiento de los objetivos, entre las que destacan el presupuesto y el cuadro de mando integral (CMI)⁵⁻⁷.

El presupuesto constituye la técnica tradicionalmente utilizada para la planificación del gasto sanitario, recogiendo el volumen de recursos disponibles para cumplir los objetivos en un determinado periodo (habitualmente anual)^{8,9}. Este enfoque cortoplacista ha sido muy criticado en el ámbito sanitario, donde los objetivos financieros deben complementarse con otros basados en valores como la justicia, la equidad o la universalidad de la atención al paciente^{6,10}.

Como respuesta, el CMI facilita una gestión en múltiples ámbitos, al traducir los objetivos estratégicos en un conjunto de indicadores organizados en 4 dimensiones: financiera, satisfacción del cliente, procesos internos y aprendizaje organizativo e innovación^{11,12}. Para cada indicador se establecen los valores mínimos y máximos entre los que debe moverse, lo que facilita la medición de resultados, permitiendo corregir desviaciones y evaluar al personal

implicado en su ejecución¹³. Aunque las peculiaridades sanitarias requieren adaptar el CMI a las necesidades clínicas, esta herramienta ha demostrado suficiente adaptabilidad, particularmente respecto al sistema hospitalario¹⁴⁻¹⁶. Como consecuencia, no existe un listado de indicadores tipo, sino que dependen de los objetivos y de los recursos disponibles, particularmente limitados para la atención primaria^{17,18}. Por otro lado, la utilidad del CMI no radica tanto en su diseño como en su uso, pues si bien se ha asociado con una gestión más flexible y ágil, una inadecuada implementación podría llevar a su fracaso¹³.

A pesar de las diferencias entre ambas herramientas, no deben ser consideradas de forma aislada sino complementaria, en un doble sentido: por un lado, el CMI permite optimizar el uso de los recursos financieros presupuestados, al controlar el proceso de prestación de los servicios ofertados; por otro, la información que proporciona el CMI sobre el cumplimiento de los distintos objetivos estratégicos debe plasmarse, al menos a medio plazo, en la negociación de los presupuestos, dotándolos de un margen de flexibilidad que facilite una gestión descentralizada, adaptada a la realidad de cada centro, así como un sistema de remuneración congruente con los objetivos establecidos¹⁹.

Ahora bien, dado que la mayoría de los estudios han considerado exclusivamente el entorno hospitalario, apenas existe evidencia sobre la utilidad de estas herramientas en el ámbito de la atención primaria. Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar la utilidad percibida por los gestores que

Tabla 1 Perfil de los profesionales

	Directores de Unidades de Gestión Clínica (6)	Directores Gerentes del Área de Gestión Sanitaria (2)
Médicos, % (n)/Enfermero/as, % (n)	67% (4), 33% (2)	50% (1), 50% (1)
Hombres, % (n)/Mujeres, % (n)	50% (3), 50% (3)	50% (1), 50% (1)
Experiencia asistencial, media (desv. típica)	24,17% (11,27)	27,5 años (6,4)
Experiencia en gestión, media (desv. típica)	12,33 (5,85)	9,8 años (5,9)
Experiencia en el cargo, media (desv. típica)	5,67 (4,23)	2,7 años (1,8)
Puestos previos de gestión (%)	- Ninguno (50%) - Dirección de otra UGCAP (33%) - Dirección zona básica salud (17%) - Dirección de hospital (17%)	- Dirección de UGCAP (100%)
Formación especializada en gestión:		
Máster en gestión sanitaria o equivalente	0%	100%
Cursos de experto en gestión sanitaria	83%	100%
Otros cursos de especialización	50%	50%

La experiencia asistencial hace referencia al número de años transcurridos desde el inicio del ejercicio de la profesión sanitaria hasta el momento de realizar las entrevistas.

usan ambas herramientas en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGCAP) andaluzas, así como explorar su efecto sobre la motivación del personal, de cuyas actitudes y comportamientos depende la búsqueda eficiencia^{6,20,21}.

Participantes y métodos

Este estudio sigue una metodología cualitativa de estudio de casos, con una recogida de datos a través de entrevistas semiestructuradas. La investigación se ha diseñado de acuerdo con los principios de la teoría fundamentada²² (*grounded theory*), que lleva a cabo de forma simultánea la recogida y análisis de los datos con el objetivo de descubrir, a través de la inducción, una teoría explicativa del fenómeno estudiado mediante 2 estrategias metodológicas^{23,24}: el muestreo teórico y el método comparativo.

Muestra y participantes

La investigación se desarrolló de enero a junio de 2014 en el Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur, integrada por 7 distritos de atención primaria en la zona metropolitana de Sevilla, que incluyen 19 centros de salud y 2 hospitales de referencia. El estudio se centró en las UGCAP, que se corresponden con los centros de atención primaria y sus consultorios asociados.

Los participantes en el estudio se seleccionaron mediante muestreo intencional no probabilístico entre directivos de los centros de salud, procurando su representatividad en términos de género, edad y experiencia. Los datos se recogieron mediante 6 entrevistas cara a cara semiestructuradas a directores de las UGCAP, más 2 entrevistas a directores gerentes del Área de Gestión Sanitaria. Los entrevistados no se conocían entre sí ni eran conocidos por los entrevistadores (tabla 1). Se solicitaron consentimientos informados por

escrito, asegurándose la confidencialidad, el anonimato y el tratamiento agregado de la información.

Diseño

El estudio se diseñó mediante entrevistas focalizadas²⁵, estableciendo un guión mediante preguntas abiertas que facilitaron la libertad de expresión y la fluidez del discurso por parte de los entrevistados. Para garantizar la validez de los resultados se realizó una primera entrevista que sirvió como pre-test y permitió estimar una duración aproximada de 45 min.

El número de entrevistas a realizar vino determinado por la recolección de evidencia representativa y suficiente^{26,27}, concluyendo al observarse que las siguientes no aportaban nueva información, proceso conocido como saturación teórica²². Las entrevistas se realizaron en los centros de salud y se organizaron en dos rondas. En la primera se realizaron 5 entrevistas a directores de UGCAP. En la segunda se realizó una entrevista a un director de UGCAP y 2 a gerentes del Área, con el objetivo de disponer de una variedad suficiente de entrevistados que garantizase la calidad del análisis.

Análisis

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente, realizándose el análisis del texto a través de códigos. Asimismo, se elaboró un diario de campo para facilitar la identificación de conceptos relevantes.

El análisis se desarrolló en 2 etapas: a) una fase descriptiva, donde se clasifican los datos para organizar la información obtenida, identificándose distintas categorías subyacentes, y b) una fase interpretativa donde se extraen los significados de los datos, se establecen relaciones causales y se obtienen conclusiones. En la fase descriptiva se utilizaron técnicas de codificación inductiva, obteniendo los

Tabla 2 Principales conceptos explorados en la investigación

<i>Factores asociados con las herramientas utilizadas en la gestión de las UGCAP</i>		
Contrato	Presupuesto	Elaboración y autonomía
Programa		Gestión de los directores
		Gestión de los profesionales
		Ahorro de costes
	Cuadro de mando integral	Usuarios
		Indicadores
		Toma de decisiones
		Monitorización y benchmarking
	Sistemas de información	Integración del software
		Toma de datos
		Retroalimentación
<i>Impacto de las herramientas de gestión de las UGCAP sobre los recursos humanos</i>		
Impacto sobre los profesionales sanitarios		Motivación
		Incentivos y penalizaciones
		Resistencia al cambio
Impacto sobre los gestores		Incentivos y penalizaciones
		Continuidad en el cargo
		Posible síndrome de <i>burn-out</i>

códigos directamente de los datos²⁸. Para identificar las distintas categorías se analizaron las palabras más utilizadas (códigos *in vivo*²⁹) mediante el software NVivo 10. Para minimizar la pérdida de información, se realizó un análisis adicional de contenido mediante la identificación manual de los fragmentos más relevantes, a los que se fueron aplicando códigos sustantivos según su temática hasta alcanzar la saturación teórica.

En la fase interpretativa se aplicó la técnica de análisis conocida como «*explanation building*»²⁷, cuyo objetivo es construir una explicación del caso mediante el desarrollo de una serie de vínculos causales. A partir de las categorías identificadas se elaboraron memos analíticos y teóricos que sirvieron para identificar los grandes conceptos presentes en los datos, las distintas subcategorías dentro de cada concepto (tabla 2) y las relaciones entre ellas.

Resultados y discusión

Los resultados se presentan estructurados en torno a 2 ejes: el nivel de desarrollo y el uso de las herramientas de gestión de las UGCAP y su impacto sobre el personal. Asimismo, se incluyen las principales limitaciones que deben tenerse en cuenta al analizar los resultados obtenidos

Factores relacionados con las herramientas de gestión de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria

El Contrato Programa como marco de referencia

Para conseguir una gestión eficaz, el diseño de las herramientas de gestión debe responder a un plan estratégico diseñado a medio y a largo plazo⁷. En el caso de las UGCAP, todos los instrumentos se encuentran subordinados al Contrato Programa, instrumento cuatrienal que recoge las directrices generales de actuación, los objetivos estratégicos

y los recursos asignados al SAS. Este contrato es desarrollado en cascada para las distintas UGCAP, cuyos directores firman anualmente un Acuerdo de Gestión con el Área en el que se establecen los objetivos y se asignan los recursos. Este contrato, único para todas las UGCAP de la misma Área, incluye los indicadores del CMI, así como el presupuesto disponible para cada UGCAP.

Limitaciones del presupuesto para el control de costes

Los directores de las UGCAP perciben el presupuesto como una herramienta coercitiva, impuesta desde el Área, cuyo objetivo es la reducción de costes a nivel centralizado, sin considerar las necesidades específicas de cada unidad. Se percibe una falta de flexibilidad para la gestión del día a día, al ser imposible su negociación, siendo los márgenes de actuación muy reducidos ante cualquier imprevisto. Aunque las UGCAP cuenten con presupuesto disponible y en teoría tengan autonomía para su uso, en la práctica cualquier decisión requiere la aprobación del Área, que debido a los sucesivos recortes solo atiende peticiones urgentes. Esta situación provoca que los directores de las UGCAP perciban que el Área no entiende sus problemas, al considerar como superfluos gastos fundamentales para la gestión diaria.

Entre los principales problemas destaca la ausencia de autonomía de los directores de las UGCAP para contratar personal y realizar inversiones (capítulos I y III de presupuesto, respectivamente). Los únicos capítulos en los que tienen capacidad de decisión son los relativos al material fungible (capítulo II) y, especialmente, al ahorro en el gasto farmacéutico (capítulo IV), depositando la responsabilidad de su cumplimiento sobre el personal sanitario. A la vista de estos resultados (tabla 3), se observan congruencias entre la gestión primaria y otros estudios hospitalarios, donde el presupuesto se ha asociado a objetivos de estandarización y ahorro a corto plazo^{6,7}, pero que generan pérdidas de autonomía y de flexibilidad.

Tabla 3 Factores relacionados con el presupuesto**Imposibilidad de negociación**

1. «Los presupuestos del área vienen hechos desde los servicios centrales. Se hacen en relación a los años anteriores y últimamente, en los últimos 3 o 4 años, siempre hay un retroceso respecto al dinero que tenías el año anterior» (Directivo de Área 1)
2. «Los presupuestos no se negocian. Se pueden negociar otro tipo de objetivos pero los presupuestarios no» (Director de UGCAP 4)

Falta de flexibilidad y autonomía

1. «Es muy difícil salirse del presupuesto porque te cortan el chorro. No hay posibilidades y los márgenes están por si ocurren situaciones especiales como que se me pongan cuatro médicos malos a la vez que habrá que cubrirlos, o cuando hubo la gripe A en el 2009 [...], pero el presupuesto es poco elástico, podemos hacer poca cosa» (Director de UGCAP 5)
2. «Desde un punto de vista presupuestario no nos podemos pasar ni un solo céntimo. Las UGCAP tienen en teoría autonomía en cómo quieren gastarse el dinero [...] pero la realidad es que actualmente cualquier necesidad que tienen poco más o menos que pasa por el tribunal de La Haya para tomar una decisión de te doy un recurso, te pongo una sustitución porque estamos en una época donde es imposible, imposible. ...» (Gerente de Área 1)
3. «El presupuesto se gestiona a nivel centralizado, a nivel de área, porque las unidades no tienen autonomía ni para la contratación ni de personal ni de bienes materiales. La única gestión que una unidad puede hacer es gestionarlo eficientemente tanto de personal como de bienes materiales pero lo que tiene posicionado no tiene ninguna posibilidad de negociar, tiene lo que tiene y ya está» (Gerente de Área 2)

Flexibilidad del cuadro de mando integral como herramienta de gestión

A diferencia del presupuesto, los objetivos incluidos en el CMI son de carácter asistencial y se materializan mediante indicadores organizados en 3 bloques: a) *críticos*, relacionados con la adecuación de la prescripción farmacéutica; b) *comunes*, relacionados con la calidad de la asistencia a los pacientes, y c) *específicos*, de carácter minoritario, decididos por los centros de acuerdo con sus propias necesidades.

Como se recoge en la [tabla 4](#), los indicadores son presentados anualmente por la gerencia del Área a las Comisiones de Dirección, en las que participan los directores de las UGCAP, que pueden proponer modificaciones. Este carácter asistencial, colegiado y dinámico del CMI hace que se perciba por los directores de las UGCAP como una herramienta de gestión propia y adaptada a las necesidades de los centros, al tiempo que los gestores del Área la consideran el mecanismo más importante para el seguimiento de los objetivos de cada unidad.

Los objetivos de cada UGCAP se desglosan en objetivos individuales del personal (médicos, enfermeros, administrativos) que tiene acceso a un CMI personalizado donde pueden consultar su nivel de consecución y compararse de forma anónima con otros compañeros. Esto permite un aprendizaje por comparación o *benchmarking*, que se extiende a

todos los centros del Área que comparten el mismo CMI, que son calificados en un ranking que facilita la detección de las mejores prácticas, en línea con las recomendaciones señaladas por otros estudios^{7,30}. Se observa así un efecto de cohesión³¹, tanto entre los distintos niveles del equipo directivo, como entre el equipo directivo y el personal sanitario.

El CMI se actualiza mensualmente, si bien existen demoras en la recepción de información sobre objetivos críticos, que alcanza los 2 meses. Esto limita la capacidad de los directores de las UGCAP para rectificar las desviaciones que se van acumulando durante el año, lo que genera problemas y tensiones. Por el contrario, los indicadores sobre objetivos comunes se conocen con más frecuencia, como es el caso de la demora asistencial, que puede consultarse diariamente. La información sobre indicadores específicos no se conoce hasta final de año, cuando no existe margen de mejora.

A partir de la información sobre desviaciones, la dirección del centro debe descubrir sus causas y tomar medidas para su corrección, lo que facilita el desarrollo de un modelo de gestión por procesos³¹. Sin embargo, esta toma de decisiones se ve bloqueada por aspectos presupuestarios, pues en el momento en que la solución trasciende los recursos del centro, se eleva a la gerencia del Área. Esta dependencia causa un fuerte desánimo en los directivos de las UGCAP, que si bien admiten la utilidad del CMI para detectar problemas, destacan su incapacidad para solucionarlos más allá del corsé presupuestario.

Falta de integración de las tecnologías de la información

El sistema de información está fraccionado en distintas aplicaciones, con arquitecturas y procedimientos diferentes, haciendo difícil conseguir una visión global de la UGCAP³² ([tabla 5](#)). Si bien la mayoría de las aplicaciones relacionadas con objetivos asistenciales se retroalimentan de forma automática a partir de los datos que los profesionales introducen, el cumplimiento de otros objetivos ha de ser demostrado mediante métodos manuales, como el levantamiento de actas, lo que retrasa la rendición de cuentas hasta finales de año. Por su parte, los datos presupuestarios se cargan directamente desde la dirección económica del Área, y deben consultarse en una aplicación aislada de la información asistencial.

Esta multiplicidad de aplicaciones dificulta conciliar las herramientas de gestión y comprender sus interrelaciones, esto es, en qué medida el cumplimiento de los objetivos asistenciales del CMI impacta en los presupuestarios, y en qué medida el cumplimiento del presupuesto afecta a la consecución de los objetivos establecidos en el Contrato Programa.

Factores relacionados con la gestión del personal de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria

Los factores relacionados con el personal incluyen aspectos sobre el sistema de incentivos derivado de las herramientas de gestión y su efecto sobre la motivación ([tabla 6](#)).

Tabla 4 Factores relacionados con el cuadro de mando integral*Diseño de indicadores*

1. «Esa es la tarea que hacemos siempre a final de año cuando se evalúan los acuerdos, se proponen modificaciones en función de lo que uno haya ido viendo que se puede mejorar. Desde el cuadro de mando de 2008, que es el [primero] que tenemos registrado, a los que tenemos ahora, aunque el esquema es el mismo, algunos de los indicadores ha cambiado. Otros se han añadido e incluso otros han desaparecido porque no eran operativos» (Director de UGCAP 6)

2. «[...] no son objetivos finales sino de seguimiento de las consultas. En lugar de medir a cuántos enfermos de un tipo de diabetes se les ha cortado una pierna se miden cuántos pacientes toman la medicación adecuada, a cuántos se les han hecho las pruebas cada equis tiempo, si tienen la hemoglobina controlada, cuántos están recibiendo formación respecto a su enfermedad, etc.» (Director de UGCAP 1)

Flujo de información y efecto aprendizaje

1. «Todos los centros que estamos englobados en una misma dirección gerente tenemos el mismo cuadro de mando y eso hace que seamos comparables» (Director de UGCAP 1)

2. «El CMI nos da datos que podemos comparar con las demás unidades del área, por lo que en el momento que tenemos una desviación es fácilmente detectable. Por ejemplo, prescripción por principio activo; el óptimo es del 95%, si estamos en el 90 sabemos que no estamos cumpliendo, además estos datos se pueden desglosar y ver los profesionales que están tirando para abajo o para arriba y ya incides donde está el problema exactamente» (Director de UGCAP 3)

3. «El CMI va fundamentalmente enfocado a la dirección, pero no cabe duda de que se lo pasamos a los trabajadores todos los meses para que ellos sepan cómo se va, porque en definitiva el centro es la unión de todos los trabajadores y todos tienen que estar informados de lo que estamos haciendo, si no, no están implicados en el centro» (Director de UGCAP 2)

4. «Vemos quien se está rezagando, quien está haciendo las cosas peor que nosotros, quien las hace mejor [...], en ese momento muchas veces llamamos a ese centro a preguntar cómo lo están haciendo, es una forma también de aprender entre nosotros» (Director de UGCAP 1)

Desfases en la disponibilidad de información

1. «Hay cosas que se tienen a final de mes, otras cada dos meses y otras que hasta final de año no se saben» (Director de UGCAP 2)

2. «El Cuadro de Mando es tardío. Si a mí me dan los datos de farmacia de abril, en junio, cuando ya llevo casi tres meses llevando una tendencia mala, veré que lo he hecho mal en abril, lo he hecho mal en mayo porque no lo sabía y ahora en junio es cuando empiezo a rectificar el barco» (Director de UGCAP 5)

Utilidad para detectar problemas pero poco margen para implementar soluciones

1. «El CMI no nos va a decir la causa de la desviación pero sí nos va a hacer pensar y nos va a hacer recapacitar qué es lo que estamos o no estamos haciendo que no estamos llegando a ese objetivo» (Director de UGCAP 2)

2. «[...] la labor del director es, independientemente del cuadro de mando, saber qué es lo que está ocurriendo y por qué se están desviando los datos de los que teóricamente deberían ser. Porque unas veces estará justificado y otras veces no. Por ejemplo a nosotros [...] se nos vino la demora del 5%, que es lo ideal, al 20 o 22% en pediatría. En principio todo el mundo se asustó en el Área con lo que estaba pasando aquí y no era nada más que estábamos en época de alta frecuentación en pediatría y uno de los pediatras se [dio de baja] y no habíamos podido cubrirla hasta 15 o 20 después, por lo que esa consulta se había estado repartiendo [...] y una vez que esto se arregló la demora lógicamente volvió a su sitio» (Director de UGCAP 1)

3. «El Cuadro de Mando es útil porque te dice las desviaciones [...] pero el problema es que la capacidad de maniobra que tenemos los directores de unidad para poder solucionarlo es muy poca. Tú puedes detectar fácilmente dónde están los fallos y dónde puedes corregir, pero luego lo difícil es tener la capacidad para poderlos solucionar cuando los presupuestos son cerrados y no puedes manejar prácticamente ni personal ni muchas cosas» (Director de UGCAP 4)

Escasez de incentivos para el cumplimiento de objetivos

El cumplimiento de los objetivos del CMI está recompensado con un incentivo económico («complemento al rendimiento profesional») que se reparte entre profesionales sanitarios, directores de las UGCAP y gestores del Área. Este complemento incluye dos partes, una relacionada con los objetivos de la Unidad y otra con los objetivos personales, sin que existan penalizaciones por incumplimiento; el hecho de que el incentivo considere tanto el trabajo individual como el colectivo hace que su efecto disminuya. Además, debido a las dificultades de liquidez, se están produciendo retrasos en los pagos, que se diluyen en pequeñas primas a lo largo del año que tienden a considerarse un complemento más, sin identificar claramente su procedencia. Este efecto

se ve acentuado por la inexistencia de otro tipo de incentivos destinados a incrementar la productividad en términos clínicos³³, como la formación o el desarrollo profesional, prácticamente cerrados por limitaciones presupuestarias.

Falta de motivación del personal sanitario

Uno de los problemas más destacados por los directores de las UGCAP es el relacionado con la motivación de los profesionales sanitarios. Los recortes salariales y la falta de incentivos estimulantes han mermado la satisfacción del personal, siendo necesario realizar un esfuerzo adicional para alinear su comportamiento con los objetivos de la gestión. A estos factores se une, en ocasiones, el hecho de

Tabla 5 Factores relacionados con la integración de sistemas de información*Sistemas automatizados pero poco integrados*

1. «[...] la mayoría de la información que es necesaria para el cuadro de mando se exporta sola, se autoalimenta solo el sistema. Si por ejemplo me van a dar la demora directamente desde 'Salud Responde' tenemos una agenda de médicos, enfermeros y programas que todos los días se va almacenando, al final hacen las medias y el dato sale solo. Otras cosas, como pueden ser ciertas pruebas que se tienen que hacer a un grupo concreto de pacientes, se van mecanizando diariamente en los programas [...] hay muy poca información que tengamos que dar directamente, solo cosas que son subjetivas [...] tenemos que levantar acta y mandar esa información, pero la mayoría de la información se genera sola» (Director de UGCAP 5)

2. «Para cada apartado tenemos un sistema de información diferente. La gestión económica tiene uno que es el COAN [Contabilidad Analítica de Gestión del Servicio Sanitario Público de Andalucía], para personal y capítulo II, para la gestión de camas y la gestión asistencial otro [...] tenemos muchos sistemas de información. [...] Deberíamos tener algo más integrado porque tenemos que ir sacando datos de distintos sistemas y cada uno de muy diferente estructura, funcionamiento. Es un problema» (Gerente de Área 2)

que los profesionales de mayor edad se muestran reacios a cambiar sus hábitos de trabajo en aras de una mejor gestión.

Continuidad del gestor y posible síndrome de *burn-out*

La falta de recursos, los escasos incentivos y la poca autonomía repercuten en la motivación de los gestores³⁴, que manifiestan su deseo de regresar a la actividad asistencial a corto o medio plazo. Esta situación lleva a que algunos directivos manifiesten claros sentimientos de rechazo hacia el puesto, calificándose como clínicos pero no como gestores, lo que plantea un conflicto de valores que indica la posible presencia de un síndrome de *burn-out*³⁵ («estar quemado»), agudizado ante la percepción de que la propia gestión les distancia de la actividad asistencial y dificulta su reincorporación.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

Este trabajo analiza el nivel de implementación y uso del presupuesto y el CMI respecto a las UGCAP mediante entrevistas a directivos. Frente a otros trabajos, centrados en el entorno hospitalario, en esta investigación se analiza la gestión de los centros de salud, así como su impacto sobre el personal.

Los resultados indican que ambas herramientas están presentes en las UGCAP, con distintos usos: mientras que el presupuesto aparece como una herramienta estática, impuesta desde el Área para el control del gasto y con nula posibilidad de negociación, el CMI se percibe como una herramienta más democrática y dinámica que proporciona información bidireccional desde la dirección hacia los profesionales, y viceversa.

No obstante, el presupuesto domina al CMI, dado que las posibilidades de implementar acciones de mejora se ven condicionadas por la disponibilidad de recursos, cuyo control sigue correspondiendo al Área; así, la autonomía y la descentralización propia del CMI desaparece en los centros de salud, cuyos directivos no pueden adoptar decisiones sobre necesidades sobrevenidas del día a día. Estos resultados confirman el «hospitalocentrismo» de las dos últimas décadas, caracterizado por el maltrato presupuestario hacia la atención primaria, especialmente en el capítulo de personal, y el énfasis en el control del gasto farmacéutico^{17,18}.

Respecto a la finalidad del CMI, su diseño responde a un doble objetivo: la toma de decisiones por parte de la dirección y la congruencia de actuaciones por parte del personal sanitario¹³. Pero estos objetivos no se desarrollan en la práctica, consecuencia también de una inadecuada política de incentivos. Aunque existe un complemento por cumplimiento de objetivos, es reducido y se considera una parte fija de la remuneración. La insuficiencia de recursos y la falta de autonomía afectan a la motivación de los gestores, que se sienten cada vez más distanciados de sus propias tareas de gestión¹⁰, presentando síntomas de «estar quemados» (*burn-out*).

Como conclusión, si bien existen evidencias de un adecuado diseño de las herramientas de gestión en atención primaria, su implementación no es óptima¹³, al primar los objetivos de control del gasto sobre los de calidad asistencial, lo que redundará en problemas de desmotivación. Ante esta situación, se plantea la necesidad de incrementar la autonomía de las UGCAP, así como de diseñar mecanismos de incentivos verdaderamente motivadores que generen altos niveles de compromiso por parte del personal, aunando los complementos económicos con programas de formación y desarrollo profesional³⁴.

Limitaciones

Los resultados representan percepciones subjetivas de los entrevistados, sin considerar datos objetivos sobre disponibilidad de recursos (sujetos a limitaciones legales). Dichas opiniones hacen referencia exclusivamente a gestores de UGCAP, al ser los principales responsables del cumplimiento de los objetivos estratégicos y del liderazgo del equipo asistencial de atención primaria³⁶, lo que los sitúa como los informantes clave sobre los sistemas de gestión^{6,37}. No obstante, esta focalización reduce la variabilidad de las respuestas, por lo que la inclusión de las opiniones del personal asistencial resultaría de interés para conseguir una visión más plural, proporcionando datos directos sobre la motivación del personal^{38,39}. Además, la realización de entrevistas a otros cargos directivos, como los hospitalarios, permitiría corroborar la existencia de paralelismos en distintos ámbitos sanitarios, como sugiere la literatura^{6,7}.

Tabla 6 Factores relacionados con la motivación del personal*Incentivos económicos poco estimulantes*

1. «El complemento que pagan tiene que ver con tus objetivos personales y los objetivos de tu unidad, por lo que si entre todos cumplen los objetivos, ya tienes una cantidad, y luego individualmente el que ha cumplido mejor los objetivos tiene otro complemento» (Director de UGCAP 4)
2. «Penalizaciones no hay. La única es que te den menos del reparto del remanente» (Director de UGCAP 5)
3. «La verdad es que a la mayoría de la gente le interesa el incentivo económico, pero el incentivo económico cuando pasan varios años se extingue, se convierte en algo estándar [...] la gente piensa que es como un complemento más» (Director de UGCAP 4)

Ausencia de incentivos extraeconómicos

1. «Los incentivos económicos son importantes aunque por sí solos no son suficientes [...]. Si el incentivo económico no está acompañado con otro tipo de incentivos a nivel de formación [...] el efecto producido desaparece» (Director de UGCAP 2)
2. «Ahora mismo no existe ningún otro tipo de incentivos porque los de formación y desarrollo profesional prácticamente están cerrados, ya que no hay presupuesto para eso, por lo que el único que se mantiene, y a duras penas, porque se ha reducido, es el incentivo económico» (Director de UGCAP 4)

Dificultades en la motivación del personal sanitario

1. «Lo más importante es motivar a los profesionales en los momentos que estamos viviendo. A mí me ha tocado justo el momento en el que empieza la crisis económica, un período de recortes, uno detrás de otro» (Director de UGCAP 3)
2. «La gestión de personal es la fundamental [responsabilidad del cargo] y la más difícil, que es intentar tener motivados a unos profesionales [...], crear un clima de trabajo que favorezca el que los profesionales se encuentren a gusto y que a su vez de una manera o de otra puedan estar de acuerdo con los objetivos que se le marcan a la unidad» (Director de UGCAP 5)

Resistencia al cambio

1. «En mi centro la media de edad está en unos 50 y largos y cuesta trabajo que todo el mundo siga queriendo hacer las cosas y hacerlas bien» (Director de UGCAP 3)
2. «En este centro en su inmensa mayoría son propietarios de la plaza en todas las categorías y el hacer que la gente trabaje bien cuando va a cobrar lo mismo es mérito del profesional, pero luego hay que saber gestionar eso» (Director de UGCAP 5)

Temporalidad del gestor

1. «[...] No hay mucha gente, y menos en los tiempos que estamos, que se quiera dedicar a esto, la experiencia es un grado [...], pero sí que me gustaría volver [a la actividad asistencial] en algún momento. Lo que pasa es que mientras más tiempo pasas alejado, más distancias tiene y más trabajo cuesta volver» (Gerente de Área 1)
2. «Yo creo que lo mío es lo asistencial, así que volveré a mi puesto» (Gerente de Área 2)
3. «Yo ocupo actualmente la plaza de director pero tengo mi cupo médico completo [...]. Me han ofrecido muchos cargos de gestión pura en más alta dirección, pero a mí ya no me interesa estar alejado de mis pacientes. Lo que pueda coger tiene que ser compatible con el desempeño de mi trabajo como médico» (Director de UGCAP 5)
4. «Con 10 años de mi vida que le dedique a la gestión es bastante» (Director de UGCAP 4)
5. «Algún día volveré [a mi plaza base], seguro, aunque no sé cuándo» (Director de UGCAP 6)

Posible síndrome de burn-out

1. «De todas formas tampoco creo que este cargo sea para estar mucho tiempo, quema mucho» (Director de UGCAP 3)
2. «Ahora mismo tengo esta condena [...]. La gente a la que se le hacen propuestas [para ocupar cargos de gestión] difícilmente acepta, porque ahora mismo es gestionar más emociones que recursos, es gestionar enfados» (Gerente de Área 1)

El estudio se ha realizado respecto a un número limitado de informantes, y se ha restringido a un sistema sanitario y un área geográfica concreta, por lo que existe un riesgo de sesgo que limita la generalización de los resultados a otros entornos con modelos de gestión alternativos⁴⁰. No obstante, aspectos como el uso del presupuesto y el CMI, la informatización de los sistemas de gestión, o los complementos salariales basados en objetivos, son comunes a la práctica totalidad del territorio nacional, al tiempo que la organización mediante UGCAP se está extendiendo a nivel autonómico^{41,42}.

Por último, para garantizar la confiabilidad de los resultados derivados de una investigación cualitativa resulta

pertinente realizar una triangulación⁴³ que confronte datos de distintas fuentes de información, distintos métodos de investigación, distintas teorías, y/o que sean analizados por distintos investigadores⁴⁴. En este trabajo se ha realizado una primera triangulación de investigadores, al haber realizado cada autor tareas de codificación y análisis de forma paralela que fueron sometidas a consenso para obtener las categorías definitivas, y que mostraron una alta convergencia en las distintas rondas del estudio. Por su parte, el uso de metodologías adicionales, como los grupos focales o la administración de un cuestionario a la población de gestores de UGCAP, sería de interés para validar los resultados obtenidos de las entrevistas.

Lo conocido sobre el tema

- La gestión sanitaria requiere herramientas que permitan equilibrar el ahorro en costes y la mejora de la calidad asistencial, entre las que destacan el presupuesto y el cuadro de mando integral (CMI).
- La evidencia en el ámbito hospitalario indica que el presupuesto se centra exclusivamente en el control del gasto, mientras que el CMI integra objetivos económicos y asistenciales, y facilita la flexibilidad y descentralización de las organizaciones sanitarias.
- Se ha sugerido que el uso de las distintas herramientas de gestión puede afectar al comportamiento del personal sanitario mediante el diseño de políticas de incentivos que afectan a su motivación.

¿Qué aporta este estudio?

- A diferencia de otros estudios centrados en el ámbito hospitalario, este trabajo aporta evidencia sobre la implementación y uso del presupuesto y el CMI en las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGCAP).
- Los resultados indican que el presupuesto se percibe como una herramienta estática, que no admite negociación y no considera las necesidades reales de los centros de salud, al tiempo que limita la capacidad para implementar soluciones a los problemas asistenciales y financieros identificados mediante el CMI.
- La incapacidad para tomar decisiones más allá del presupuesto, unida a problemas con el personal derivados de una política de incentivos que reduce su motivación, afecta negativamente a los gestores que manifiestan un posible síndrome de *burn-out*.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por los Proyectos de Investigación SEJ-1933 y SEJ-111 de la Junta de Andalucía y por el Proyecto de I+D de Excelencia ECO2014-57023-P del Ministerio de Economía y Competitividad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a todos los profesionales que han participado de forma desinteresada en este estudio.

Bibliografía

1. Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational structuring in European health systems: The role of primary care. *Soc Policy Adm.* 2003;37:592-608.
2. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, European Observatory of Health Policy Systems. Building Primary Care in a Changing Europe. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud; 2015.
3. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención primaria en España. *Med Clin (Barc).* 1996;106:97-102.
4. Starfield B. Primary care: An increasing important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health service. *SESPAS Report* 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl:20-6.
5. González Sánchez MB, Lopez Valeiras Sampedro E, Gómez Conde J. El cuadro de mando integral en el sector sanitario español: Una revisión analítica de la literatura. *Rev Iber Cont Gest.* 2011;9:1-13.
6. Naranjo Gil D. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. *Gac Sanit.* 2010;24:220-4.
7. Gutiérrez López C, Mauritz JL, Culebras J. El cuadro de mando integral como instrumento de gestión en la nutrición clínica. *Nutr Hosp.* 2015;32:403-10.
8. Zelman WN, Pink GH, Matthia CB. Use of the balanced scorecard in health care. *J Health Care Finance.* 2003;29:1-16.
9. Zelman W, McCue M, Millikan A, Glick ND, Thomas MS. *Financial Management of Health Care Organizations.* San Francisco: Jossey-Bass; 2014.
10. Gonzalez López-Valcárcel B, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. *Gac Sanit.* 2012;26:176-7.
11. Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harv Bus Rev.* 1992;70:71-9.
12. Kaplan RS, Norton DP. Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harv Bus Rev.* 1996;74:75-85.
13. Bisbé J, Barrubés J. The balanced scorecard as a management tool for assessing and monitoring strategy implementation in health care organizations. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:919-27.
14. Chow CW, Ganulin D, Teknika O, Haddak K, Williamson J. The balanced scorecard: A potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *J Healthc Manag.* 1998;43:263-80.
15. Pink JH, McKillop I, Schraa EG, Preyra C, Montgomery C, Baker GR. Creating a balanced scorecard for hospital systems. *J Health Care Finance.* 2001;27:1-20.
16. González-Sánchez MB, Lopez-Valeiras Sampedro E, Gómez-Conde J. La evaluación del rendimiento en los hospitales públicos españoles: Una primera aproximación. *Rev Iber Cont Gest.* 2008;14, 0-11.
17. Simó J. El gasto sanitario en España 1995-2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria.* 2007;39:127-32.
18. Simó J. El gasto sanitario en España 2002-2008: ¿Empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? *Aten Primaria.* 2012;44:20-9.
19. Gates S, Germain C. Designing complementary budgeting and hybrid measurement systems that align with strategy. *Management Accounting Quarterly.* 2015;16:1-7.
20. Fottler MD, Erickson E, Rivers P. Bringing human resources to the table: Utilization of an HR balanced scorecard at Mayo Clinic. *Health Care Manage Rev.* 2006;31:64-72.
21. Simó J. La carrera profesional del médico de familia: el sentido y valor de su motivación. *JANO.* 2005;68:885-94.
22. Strauss AL, Corbin JM. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques.* Newbury Park: Sage Publications; 1990.
23. Martínez Marcos M, de la Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Aten Primaria.* 2016;48:77-84.

24. Martínez Marcos M, de la Cuesta Benjumea C. How women caregivers deal with their own long-term illness: A qualitative study. *J Adv Nurs*. 2014;70:1825–36.
25. Merton RK, Fiske M, Kendall PL. *The Focused Interview*. Glencoe: Free Press; 1956.
26. Coyne IT. Sampling in qualitative research: Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs*. 1997;26:623–30.
27. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage; 2009.
28. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
29. Glaser BG. *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley: Sociology Press; 1978.
30. Zelman WN, Blazer D, Gower JM, Bumgarner PO, Cancilla LM. Issues for academic health centers to consider before implementing a balanced-scorecard effort. *Acad Med*. 1999;74:1269–77.
31. Villalbí J, Guix J, Casas C, Borrell C, Duran J, Artazcoz L, et al. El cuadro de mando integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. *Gac Sanit*. 2007;21:60–5.
32. Gervás J, Pané Mena O, Sicras Mainar A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:540–4.
33. Gervás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:472–7.
34. De Pablo González R, Simó Miñana J, Domínguez Velázquez J, Gervás Camaño J. La relación gestor-clínico: Una perspectiva de médicos asistenciales. *Aten Primaria*. 2004;33:462–70.
35. Gonçalves Estella F, Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Rodríguez Sendín JJ, et al. Síndrome de burn-out en el médico general. *Medicina General*. 2002;43:278–83.
36. Gene Badia J, Contel Segura G. *Gestión en Atención Primaria: Incorporación de la Práctica Directiva en el Liderazgo Asistencial*. Barcelona: Mason; 2001.
37. Rodríguez García LC, Ferrándiz Santos J, Muñoz González JJ, Mora Navarro G, García Álvarez G, Alonso Salazar MT. Medidas organizativas y práctica asistencial. Una perspectiva desde los centros de salud. *Aten Primaria*. 2011;43:409–16.
38. Álvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. Las unidades de gestión en la atención primaria. Un tema en debate. *Aten Primaria*. 2003;31:514–8.
39. Martínez León N. Participación de los médicos en la gestión de los centros sanitarios. *Aten Primaria*. 2008;40:487–8.
40. Martín-García M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria*. 2008;40:277–84.
41. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
42. Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit*. 2012;26 Supl:14–9.
43. Guix J. « $P < 0,05$ sí, pero...»: la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:55–8.
44. Okuda Benavides M, Gómez-Restrepo C. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34:118–24.